

CONTRATO DE REEMBOLSO DO VALE-REFEIÇÃO SOMENTE PARA ERROS ADMINISTRATIVOS

NÚMERO DO CASO	
FUNCIONÁRIO	
NOME	NOME DO CASO
ENDEREÇO	

TERMOS E CONDIÇÕES – O Departamento de Assistência Social do Condado cometeu um erro ao calcular o valor dos seus benefícios do vale-refeição. Você deve reembolsar os benefícios a mais do vale-refeição usando um ou mais dos métodos a seguir:

- Pagamento único** – Você pode pagar de uma só vez o valor devido em dinheiro e/ou benefícios do vale-refeição.
- Redução dos benefícios** – Se você estiver recebendo benefícios do vale-refeição no momento, poderá fazer o reembolso com a redução dos benefícios da sua residência para todo o valor devido ou parte dele. Talvez você queira falar conosco sobre o valor a ser reduzido.
- Pagamento parcelado** – Você pode reembolsar o valor devido com pagamentos mensais em dinheiro ou benefícios do vale-refeição.
- Reembolso ordenado**
 - O tribunal ou Juiz de Leis Administrativas ordenou que você faça o reembolso conforme indicado abaixo. Esses termos de reembolso não podem ser alterados por você ou pelo condado.

Se ainda não falamos com você sobre os termos deste Contrato, ou se você tiver alguma dúvida, ligue para o responsável pela cobrança de assistência social no número _____.

Após preencher e assinar este Contrato, devolva todas as cópias ao condado no envelope fornecido. Não envie dinheiro ou benefícios do vale-refeição pelo correio junto com este formulário de Contrato. Quando aprovado pelo condado, uma cópia assinada deste Contrato será enviada a você.

CONTRATO

Eu, _____, compreendo que este Contrato é firmado entre mim e o condado de _____ porque benefícios extras do vale-refeição no valor de US\$ _____ foram emitidos devido a um erro do condado. Concordo em reembolsar esse valor pelo(s) método(s) marcado(s) abaixo:

- Pagamento único
 - Farei o reembolso por meio de um pagamento único em dinheiro equivalente a US\$ _____ com vencimento no dia _____.
 - Farei o reembolso por meio de um pagamento único em benefícios do vale-refeição equivalente a US\$ _____ com vencimento no dia _____.
- Redução dos benefícios
 - Farei o reembolso por meio de uma redução dos benefícios da minha residência equivalente a US\$ _____ por mês, começando em _____.
- Pagamento parcelado
 - Farei o reembolso por meio de pagamentos mensais em dinheiro equivalentes a US\$ _____ com vencimento no dia _____ de cada mês, começando em _____.
 - Farei o reembolso por meio de pagamentos mensais em benefícios do vale-refeição equivalentes a US\$ _____ com vencimento no dia _____ de cada mês, começando em _____.

Também compreendo e concordo que:

- Meu plano de reembolso se baseia nas minhas condições financeiras atuais, conforme calculado pelo condado. Quaisquer alterações nas minhas condições financeiras poderão modificar os pagamentos mensais.
- Se ocorrer alguma alteração, poderei solicitar ao condado um novo cálculo dos termos de reembolso marcados acima.
- Se eu não pagar o combinado e não obtiver um novo plano de reembolso, o condado poderá solicitar que o valor total devido seja pago de imediato.
- Se eu não pagar o combinado e o condado me processar pelo valor devido, também serei obrigado a pagar os custos de cobrança, os honorários dos advogados e os gastos legais.
- Se eu não pagar, o condado poderá reter minha devolução de imposto de renda estadual/federal e/ou solicitar ao tribunal que confisque meus salários ou qualquer propriedade minha.
- Estarei sujeito a ação(ões) de cobrança involuntária(s) se o pagamento não for feito até a data de vencimento e a reivindicação estiver fora do prazo.

ASSINATURA

DATA

CONDADO

To be completed by the county:

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ Date

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)